

LES STOMATITES AURIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 novembre 1933

PAR

Pierre-Daniel-Marie SERGENT

Élève du Service de Santé de la Marine

Né le 12 août 1909 à Brest (Finistère)

Examineurs de la Thèse

MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
CAVALIÉ, professeur	} <i>Juges.</i>
PERRENS, professeur	
DELMAS-MARSALET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548609_0086

LES STOMATITES AURIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 novembre 1933

PAR

Pierre-Daniel-Marie SERGENT

Élève du Service de Santé de la Marine
Né le 12 août 1909 à Brest (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		CAVALIÉ, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERRENS, professeur	
		DELMAS-MARSALET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE

18, rue du Peugue, 18

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON. MOURE, W. DUPREUILH

RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

MM.	MM
Clinique médicale	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ROCHER
Clinique chirurgicale.	Clinique gynécologique... GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique médicale des maladies des enfants..... CRUCHET
Clinique d'accouchements.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	Physique médicale et pharmacéutique..... SIGALAS.
Anatomie.....	Médecine coloniale et cliniques..... BONNIN
Anatomie générale et histologie.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques... PETGES.
Physiologie.....	Clin. des mal. des voies urinaires.. DUVERGEY
Hygiène.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales.... ABADIE
Médecine légale et déontologie.....	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie... PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Chimie.....	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... CREYX
Botanique et matière médicale.....	Clinique dentaire.. CAVALIE.
Pharmacie.....	
Zoologie et parasitologie	
Médecine expérimentale..	
Clinique ophtalmologique.	

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM
Anatomie.....	Chirurgie générale.....
Anatomie.....	Obstétrique.....
Physiologie.....	Ophtalmologie.....
Parasitologie et Sciences naturelles.....	Dermatologie et syphiligraphie.....
	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie... VITTE.
Médecine générale.....	

COURS COMPLÉMENTAIRES:

MM.	MM.
Médecine opératoire.....	Puériculture.....
Accouchements.....	Pharmacie chimique.....
Pathologie médicale.....	Zoologie et parasitologie.....
Ophtalmologie.....	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..	MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire.....	DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA SŒUR

Affectueusement.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA TANTE, A MON ONCLE

MONSIEUR R. JALAMA

DIRECTEUR DES CONTRIBUTIONS INDIRECTES.

*En remerciement de toutes les
bontés qu'ils ont eues pour moi.*

A MES ONCLES, A MES TANTES

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DE LA MARINE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE ET MON PERE

*J'essaierai dans ma vie de
faire comme eux.*

A MA FEMME

Je dédie ce modeste travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
COMMANDEUR DE LA LÉGION-D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON JURY

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. PETGES

PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIKES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX.

MÉDECIN DES HÔPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Cher maître, nous vous remer-
cions de l'honneur que vous nous
avez fait en nous confiant cette
thèse et en daignant nous aider
de vos conseils.*

INTRODUCTION

Avant d'aborder le chapitre plus particulier de la stomatite aurique, nous allons envisager rapidement les autres stomatites d'origine métallique ou métalloïdique.

La thérapeutique trouve aujourd'hui plus qu'autrefois encore des armes puissantes dans la série des métaux et des métalloïdes. Toutefois, leur emploi n'est pas exempt de danger; et il n'est pas critère plus fidèle de l'intoxication qu'ils donnent que les réactions buccales. Il fut même un temps où cette inflammation buccale était recherchée particulièrement dans le traitement mercuriel comme un test de l'action utile du mercure.

A côté de ces stomatites toxiques, il existe aussi des stomatites infectieuses. Nous ne les étudierons pas, car elles sortent du cadre restreint de notre thèse. A tout cadre, aussi restreint soit-il, il faut une armature qui soit en harmonie avec lui; il nous a semblé que celui que nous exposons ci-dessous convient particulièrement. Nous avons divisé notre travail en chapitres dont :

Le premier est réservé à l'étude des stomatites métalliques et métalloïdiques en général.

Le second contient les généralités sur les stomatites auriques.

Le troisième cherche à définir la pathogénie des stomatites auriques.

Le quatrième est le chapitre des observations.

Le cinquième contient l'étude des symptômes des stomatites auriques.

Le sixième étudie le diagnostic, l'évolution, le pronostic des stomatites auriques.

Le septième, le moins long et le plus important, essaie de donner le traitement des stomatites auriques.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LES STOMATITES TOXIQUES

Si toutes les stomatites ont des caractères cliniques plus ou moins communs qui permettent de les grouper ou de les individualiser, du point de vue pathogénique, il y a une grosse réserve à faire. En effet, si nous considérons la série des métaux qui provoquent la stomatite, nous voyons qu'il s'agit toujours de corps dont le poids atomique est élevé, et, sans entrer dans le détail des discussions pathogéniques à ce sujet, nous croyons devoir attirer l'attention sur ce point.

I. STOMATITE MERCURIELLE.

A. Historique.

La stomatite mercurielle est la plus anciennement connue des stomatites. Ce sont surtout les auteurs espagnols qui mirent au point l'étude de cette stomatite depuis 1843, date où Vicente de Arevara fit paraître, in *Boletino de Medicina*, ses études sur les mines d'Almaden. On peut citer parmi les auteurs précédant Vicente de Arevara, Merget, Lagneau, Berchner, Colson, Andonard. Enfin, après lui, Byassou in *Journal d'anatomie et de pathologie* 1872, et Tardieu, in *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*, t. II, p. 672, ne firent que compléter des points de détail.

B. *Étiologie.*

Elle peut s'observer :

1° *Dans les empoisonnements aigus.* — Elle était surtout fréquente après des injections intra-utérines postpartum ou postabortum de sublimé, seul médicament que pouvaient et peuvent encore employer les sages-femmes, le seul qu'elles ne devraient pas avoir le droit d'employer.

2° *Dans les intoxications professionnelles.* — Par exemple, mineurs des mines de mercure d'Almaden ou d'Istria, en un mot chez ceux qui travaillent le mercure;

3° *Dans les intoxications médicamenteuses.* — Cause la plus commune et la plus intéressante.

C. *Symptomatologie.*

On peut distinguer classiquement deux grandes classes :

a) *Stomatite mercurielle aiguë.* — Fournier a décrit des points d'alarme où débute la stomatite :

- 1° En dehors de la dernière molaire inférieure;
- 2° En arrière des incisives médianes inférieures;
- 3° Au niveau d'une dent malade s'il en existe.

Lorsqu'elle est établie, elle se traduit par une sensation de gêne et de chaleur dans la cavité buccale avec douleur sourde et continue vers l'angle de la mâchoires et léger trismus.

4° Goût métallique avec nausées et vomissements;

5° Un symptôme très important est un ptyalisme considérable qui peut atteindre deux à trois litres par jour. On peut retrouver le mercure dans cette salive;

6° Le malade accuse le plus souvent une sensation très spéciale, « il a l'impression que ses dents s'allongent ». Celles-ci, d'ailleurs, ne tardent pas à se déchausser et à tomber. Ses gencives, rouges, présentent un liseré purpurique plus foncé;

7° Enfin, à un stade plus avancé, le bord des gencives

s'ulcère, le rebord des maxillaires laisse sourdre du pus et se nécrose.

Non traitée, cette forme peut aboutir à la mort.

b) *Stomatite mercurielle chronique*. — Elle s'oppose à la précédente en ce qu'elle était d'origine médicamenteuse, tandis qu'elle-même est, le plus souvent, d'origine professionnelle. Elle lui fait d'ailleurs suite et ce n'est, en somme, que la forme de guérison de la précédente. En effet, elle se caractérise uniquement par la perte de toutes les dents. Tous les autres symptômes ont disparu, il ne reste que celui-là.

II. STOMATITE BISMUTHIQUE.

Autrefois, la place qu'occupait la stomatite bismuthique dans la hiérarchie des stomatites rangées par ordre de fréquence, n'était certes pas celle qu'elle tient aujourd'hui. Mais depuis l'emploi du bismuth dans le traitement de la syphilis, la stomatite bismuthique se classe après la stomatite mercurielle. Nous devons attirer l'attention sur les travaux de l'école bordelaise, qui mirent en relief la valeur thérapeutique du bismuth, dont les résultats sont résumés dans la thèse de Lugardon, soutenue devant la Faculté de Bordeaux en 1933, inspirée à son auteur par M. le professeur Petges.

A. *Etiologie*.

S'observe soit à la suite d'ingestion de sels de bismuth, de pansement et surtout d'injections de bismuth.

B. *Symptomatologie*.

Le signe capital de la stomatite bismuthique est le liséré gingival de coloration gris-bleu. Apparaît d'abord à la gencive inférieure, au niveau du collet des incisives puis des

canines et des molaires. La muqueuse jugale peut porter des plaques tatouées bleu noirâtre, surtout à l'orifice du canal de Stenon. Peu de salivation. Si on laisse évoluer, on arrive au second stade qui est celui des ulcérations avec fétidité de l'haleine et salivation abondante.

III. STOMATITE SATURNINE.

A. Etiologie.

S'observe surtout dans l'intoxication professionnelle. Mais aujourd'hui que le plomb est introduit dans l'organisme en injection, il est vraisemblable de supposer qu'on pourrait l'observer dans ce cas.

B. Symptomatologie.

Caractérisée par le liséré de Burton au niveau du bord libre des gencives; liséré dont la teinte est plus bleutée que celui de la stomatite bismuthique. Les joues présentent un tatouage, dit de Gubler. L'haleine est fétide, il y a du ptyalisme et à un stade plus avancé, les dents se déchaussent et tombent.

III. LES STOMATITES CUPRIQUES ET ARGENTIQUES.

Ont des caractères communs, avec ptyalisme, gingivite, haleine fétide; quelquefois, dans la stomatite cuprique, on observe un liséré verdâtre siégeant sur la gencive inférieure.

IV. STOMATITES ARSENICALES ET ANTIMONIALES.

Avec ptyalisme, gingivite, parfois liséré noir. Elles ont un caractère assez particulier, c'est de présenter des plaques nécrotiques blanches. Ces plaques blanches pourraient rap-

peler la stomatite aurique. Mais leur aspect général et leur mode d'apparition permettent d'en faire le diagnostic immédiatement.

VI. STOMATITE PHOSPHORIQUE.

Affection professionnelle très grave, aboutissant à la nécrose du maxillaire et pouvant amener la mort par septicémie.

VII. STOMATITE PAR LE BROMURE ET L'IODURE DE K.

Le bromure de potassium donne le plus souvent une simple stomatite catarrhale aboutissant rarement à l'ulcération.

L'iodure de potassium ne provoque pas la stomatite proprement dite, mais l'apparition sur la voûte palatine et sur le voile du palais, de taches purpuriques avec sensation de cuisson brutale interne et même d'hémossalémèse.

VIII. LA STOMATITE AURIQUE.

Qui va faire l'objet d'une étude plus complète au cours de notre thèse.

CHAPITRE II

LES STOMATITES AURIQUES

I. DÉFINITION.

Les stomatites auriques font partie de la grande classe des aurides. Mollard a proposé de nommer ainsi tous les accidents causés par l'or. Il a choisi ce terme par analogie avec les appellations de bismuthides, arsenides, qui groupent les accidents dus au bismuth, à l'arsenic.

Les stomatites auriques sont donc des aurides caractérisées par l'inflammation de la cavité buccale et de son contenu due à l'or.

II. HISTORIQUE.

On peut schématiquement considérer quatre périodes dans l'emploi de l'or en thérapeutique :

La première, que l'on peut appeler époque des Arabes, employait, avec Alvenhoes, la limaille d'or en application locale. Paracelse utilisa lui aussi ce procédé, mais commença à utiliser le muriate d'or sous forme de pilules.

La seconde, qui va jusqu'aux découvertes d'Erlich, vit l'utilisation de l'or, par l'école de Montpellier, sous forme de cyanure d'or. Robert Koch, en 1890, vérifia l'action de l'or sur une culture de bacilles tuberculeux.

La troisième période, avec Erlich, essaya d'utiliser l'or sous forme d'un sel double de sodium fixé sur un noyau benzénique. L'expérience fut négative.

La quatrième période, actuelle, reprenant avec Mollgaard, le thiosulfate d'or et de sodium, découvert en 1848, par deux Français, Ferbos et Gelis, vit éclore une méthode scientifique d'utilisation de ce composé qu'il baptisa sanocrysine.

Mais l'emploi de ce médicament se révéla dangereux et l'on se mit à la recherche de produits plus maniables.

Actuellement, on en utilise deux principaux : l'aurothio-glycérine — sulfate de sodium (allocrysine) en injections intramusculaires, et le thiosulfate double d'or et de sodium (crysalbine) en injections intraveineuses.

On peut citer pour mémoire le crysiodal de Maigne, composé d'or, de cadmium et d'iode aujourd'hui abandonné.

Malgré la diversité des produits et les recherches faites en vue de diminuer leur toxicité, depuis Paracelse jusqu'à aujourd'hui, en passant par Ucay, Niel, Cullerier, Neveu, surtout Chrétien, de Montpellier et, parmi les modernes, Mallgaard, de premier, et après lui ceux qui ont employé l'or en thérapeutique, tous sauf Brodriez et Lefèvre, ont mentionné l'existence de cette stomatite au cours du traitement des diverses maladies : syphilis, scrofule, tuberculose, gonococcie et rhumatisme chronique, ainsi combattues.

III. ETIOLOGIE.

A. Causes prédisposantes.

1° *L'âge*. — S'observe à tous les âges;

2° *Sexe*. — D'après Augé et Batier, s'observerait plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

3° *Etat préalable de la bouche*. — La présence de caries dentaires, chicots ou appareils de prothèse mal tenus est une cause particulièrement importante dont le rôle a été bien souligné par Fréguel, de Cambo. Il est à remarquer que les tuberculeux sont plus souvent que les autres atteints de caries dentaires (Baqué et Mollard).

4° *Etat préalable des reins et du foie*. — Colbert et Laus-

sel formulent deux contre-indications formelles à l'emploi des composés auriques : les troubles rénaux et les troubles hépatiques.

Sergent signale neuf cas d'albuminurie sur treize cas traités.

Sayé 100 % d'albuminurie.

Cordier et Gaillard ont mis en évidence une élévation du coefficient de Maillard chez tous leurs sujets ayant présenté des accidents.

Le rôle des émonctoires et des glandes de l'organisme n'est donc pas négligeable bien que Ameuil et Hénaud prétendent le contraire.

5° *Forme de la lésion.* — On observerait plus souvent les accidents chez les tuberculeux torpides, treize accidents sur dix-huit malades traités, que chez les tuberculeux à forme évolutive, douze cas sur trente cas (Sécher).

B. Causes déterminantes.

C'est l'or. Nous disons que c'est bien l'or qui provoque ces accidents et non pas le radical qui lui est adjoint; en effet, on peut changer les radicaux de toutes les manières, mettre du soufre, de l'acide chlorydrique, du mercure toujours on a les mêmes accidents.

Chrétien, de Montpellier, employant de la limaille d'or en frictions sur la langue, a décrit des accidents de stomatite.

La quantité d'or intervient-elle ? Non, et on observe des accidents à tous les stades du traitement.

La voie d'introduction a-t-elle un rôle ? Non. On peut voir des accidents à la suite d'introduction du composé aurique par la voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée et même en application locale.

Charles et Leuret ont signalé l'existence d'une cause déterminante, assez inattendue. Il s'agissait d'une malade présentée par Amat et chez qui on vit apparaître une stomatite

au cours du traitement par la biochocoline institué une semaine après l'interruption du traitement aurique.

C. Fréquence.

Très rares. Mollard signale six cas sur quatre cents malades traités. Au sanatorium de Feuillaz, dans le service de M. le professeur Leuret, un seul cas, depuis quatre ans.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Comment l'or peut-il déclencher l'apparition de stomatite ? Voilà le problème.

On a invoqué plusieurs théories pour expliquer ce phénomène.

A. *Théorie toxinhémique.*

Soutenue par Mollgard et son école, Knut Faber-Wurtzen elle tendait à prouver que les accidents étaient dus à la mise en liberté de toxines tuberculeuses provenant de bacilles détruits par la molécule d'or. Il appuyait ses dires sur des expériences qui, aujourd'hui, ont perdu de leur intérêt à la suite des expériences contradictoires qui les ont controversées, par exemple celles de :

1° Calmette, Boquet, Nègre, qui mirent en présence *in vitro* de la sanocrysine et des bacilles tuberculeux et, trois heures après, injectèrent le filtrat de cette préparation dans les veines d'un lapin et le péritoine de deux cobayes. Rien ne se produisit. D'où la conclusion que le B. K. n'était pas détruit ni ne mettait ses toxines en liberté par contact avec l'or.

2° Fernbach et Rullier injectèrent de la sanocrysine à des cobayes sains et virent se produire des accidents analogues à ceux constatés chez des animaux tuberculeux.

3° Leblanc, chez des pneumoniques, des cancéreux, Fournier et Mollaret chez des blennorragiques; Pfeffer et Ulrici

chez des sujets sains, ont observé des accidents dus à l'or.

4° Les accidents causés par la tuberculose, qui sont toujours semblables dans leur morphologie et leur chronologie, diffèrent de ceux produits par l'or, toujours variables.

5° On n'a jamais vu d'accidents buccaux spontanés au cours d'une évolution tuberculeuse. Nous ne croyons donc pas que sous cette forme cette pathogénie puisse expliquer l'apparition de la stomatite. Mais si, sous son aspect primitif, cette théorie n'explique pas l'existence de la stomatite, ne peut-elle, dans certains cas, et sous une forme légèrement différente, l'expliquer ?

Nous voulons parler ici de la théorie biotropique de Milian :

a) Serait-ce un biotropisme direct ? Nous ne le croyons pas. Il ne s'agit pas, en effet, d'exacerbation de lésions qui, sous l'influence d'une médication insuffisante, subiraient un coup de fouet.

b) Reste le biotropisme indirect qui interviendrait pour réveiller des lésions latentes. Ce biotropisme indirect semble bien expliquer des cas de lichen plan vrai rapporté par Gaugerot, Photinos, Burnier, Maegeli et que présente notre malade.

Gaugerot, Burnier et Uhry ont écrit :

« L'identité de ces accidents avec ceux du neuvième jour des arsénobenzènes nous fait affirmer chez ces malades la pathogénie biotropique si heureusement mise en évidence par Milian. »

Evidemment, il ne faudrait pas généraliser, car à côté du lichen plan vrai il y a des lésions blanchâtres caractéristiques de la stomatite aurique qui, dans certains cas, pourraient donner le change.

B. Théorie de l'intolérance ou du choc anaphylactique.

Ce choc serait dû à la destruction des tissus malades par l'or. Nous ne croyons pas avoir à discuter la possibilité de cette pathogénie.

Jamais, en effet, on a signalé de stomatite au cours d'autres chocs anaphylactiques.

Et si l'emploi de l'hyposulfite de soude, très souvent utilisé comme médicament anti-choc, peut faire naître une objection, nous verrons qu'on peut défendre son emploi comme traitement préventif des stomatites sans faire intervenir cette pathogénie.

C. Accidents dus à l'action directe du produit.

Aurides toxiques ou toxi-infectieuses.

La mise en contact avec la muqueuse buccale de l'or déclencherait des accidents.

1° Les anciens avaient une thérapeutique qui, pour nous, a la valeur d'une expérience. En effet, ils frottaient la muqueuse buccale ou linguale avec différentes préparations, principalement muriate et sulfate d'or, et produisaient des stomatites analogues à celles observées aujourd'hui. Uçay a décrit des ulcérations. Niel a vu les lésions blanchâtres si caractéristiques de l'auride buccale.

2° L'or est bien en contact de la muqueuse ; en effet, les malades ont un goût métallique dans la bouche, soit au moment de l'injection du médicament, soit lors de l'apparition des accidents.

3° Hansborg a trouvé de l'or dans la salive et l'expectoration.

4° Feldt, par ses méthodes chimiques et histologiques, a montré que l'or se déposait dans le tissu mésenchymateux et il a retrouvé le métal dans les paquets lymphoïdes si nombreux de la cavité buccale, et principalement sous la langue.

5° D'autre part, l'expérience clinique le prouve aussi puisqu'au sanatorium de Feuillez, où est employée une thérapeutique tendant à neutraliser l'action de l'or libre, les cas de stomatite sont une curiosité.

6° On peut invoquer aussi l'analogie avec les autres stomatites métalliques.

Est-ce une auride toxique pure ou une auride toxi-infectieuse ?

Les examens microscopiques pratiqués par Fournier, Boltanski, n'ont montré aucune infection particulière, aucune pullulation spéciale de microbes buccaux ; ils n'ont pas décelé de fuso-spirilles si fréquents dans les ulcérations buccales. Toutefois, ils n'ont pas pratiqué d'examen anatomo-pathologique des lésions. Or, nous savons la localisation profonde qu'affecte le fuso-spirille. A l'appui de leur thèse viennent encore l'absence de fièvre et de ganglions. Pour eux donc, l'or seul causerait la stomatite sans intervention microbienne ; il agirait à la manière d'un caustique. Mais il y a des faits qui permettent de douter de leur opinion.

Si nous ne pouvons pas apporter de preuves bactériologiques directes de la présence d'organismes microbiens, on peut admettre leur présence en considérant les résultats obtenus par Mollard, dans le traitement des ulcérations, par l'application locale de novarsénobenzol, médicament spécifique du fuso-spirille. D'autre part, en considérant les bouches des malades porteurs d'aurides, on ne peut qu'admettre la présence, plus nombreuse que dans d'autres, de microbes. En effet, toutes les conditions de pullulation microbienne y sont réunies. Donc, nous pensons que l'or seul n'intervient pas. Il attaque une muqueuse déjà fortement délabrée par la flore microbienne ; aux lésions auriques se surajoutent des lésions dues aux organismes microscopiques. Ceci, bien entendu, au cas de lésions ulcéreuses, le lichen-plan aurait une pathogénie strictement aurique.

D. Comment l'or introduit en préparation non toxique peut-il produire des accidents ?

Toutes ces préparations employées utilisent le soufre comme véhicule modérateur de l'action toxique de l'or.

1° Le complexe soufre et or se décomposerait dans l'or-

ganisme ; le soufre serait éliminé et l'or se fixerait soit sur les tissus, soit sur les bacilles ; le nouveau complexe ainsi formé se décomposerait à son tour et donnerait lieu à la présence dans l'organisme d'or libre et d'une autre partie (toxine tuberculeuse ou produit de désintégration de tissu).

L'or ainsi mis en liberté serait toxique, mais si on lui fournit une nouvelle quantité de soufre, il est capable de s'y fixer et d'être éliminé sans préjudice pour l'organisme, d'où la déduction : ne jamais laisser un organisme soumis au traitement aurique sans réserve suffisante de soufre. Et les faits enregistrés au sanatorium de Feuillaz semblent bien donner raison à cette théorie.

2° Mais, toutefois, il est quelque chose que nous comprenons assez mal : c'est que cet atome d'or fixé sur les produits pathologiques et ensuite remis en liberté n'aille pas se fixer à nouveau en d'autres points et tend à être éliminé.

Ne peut-on supposer que l'or mis en liberté par suite de la décomposition du complexe soufre-or aille se fixer en partie sur les lésions. Celles-ci sont capables d'en absorber une certaine quantité variable, suivant les lésions. Si on donne à l'organisme une quantité d'or inférieure au pouvoir de fixation, tout va se passer très bien ; mais si on en donne une quantité trop grande, que se passe-t-il ? Une partie va se fixer sur les lésions, une autre dans les glandes chargées de défendre l'organisme, en particulier le foie, et le reste sera éliminé par les urines, les fèces, mais surtout par les urines (75 %).

D'où découle cette notion que si le foie est insuffisant, incapable de remplir son rôle anti-toxique, le rein va être obligé d'éliminer une quantité qui dépassera son seuil normal d'élimination ; les glandes vicariantes alors vont intervenir et, parmi celles-ci, au premier rang, les glandes salivaires. L'or sera en trop grande quantité en contact avec la muqueuse buccale. Si le rein, à son tour, est atteint, ces mêmes glandes vont intervenir et nous voyons ici le

rôle de l'or qui se trouve dans les amas lymphoïdes de la partie inférieure de la langue. Il va s'éliminer à son tour et entretenir des lésions qui ont été provoquées par l'afflux brutal d'or dans la salive.

La conclusion thérapeutique à tirer de cette théorie est la même que dans la précédente.

En résumé, nous voyons déjà apparaître deux sortes de stomatites différentes par leur pathogénie :

L'une qui répondrait à la théorie biotrope de Milian ;

Et l'autre à la théorie toxi-infectieuse.

CHAPITRE IV

Soit que ces lésions mal connues passent inaperçues, soit qu'on néglige de les signaler, la littérature ne renferme que peu d'observations. Nous avons pu en recueillir quatre dans la littérature et trois inédites qui nous ont été obligeamment communiquées par M. le professeur Leuret et M. le docteur Caussimon.

Observation I

(Inédite, due à la bienveillance de M. le Professeur Leuret, du Sanatorium de Feuilaz.)

G... Maurice, 31 ans, garçon de café, entré au Sanatorium pour tuberculose évolutive au niveau du sommet droit, état général déficient.

Le traitement par l'or a commencé le 26 octobre 1932, injection intramusculaire d'allochrysine. Au rythme de 2 injections par semaine : 2 de 0 gr. 05; 5 de 0 gr. 10; 2 de 0 gr. 20. A la suite de la dernière, le 21 novembre, le malade, a un goût fade dans la bouche, éprouve des picotements à l'arrière-gorge. La face interne de la joue droite est tapissée d'une vaste plaque de leucoplasie. L'arrière-gorge a un aspect tacheté dû à des plaques disséminées. Sur les piliers des amygdales, apparaissent de légères exulcérations qui, toutefois ne sont pas plus apparentes à la lumière du jour. En interrogeant plus à fond le malade, on s'aperçoit qu'il a commencé à sentir une gêne vers le 10 novembre 1932, donc à ce moment il avait reçu six injections. Puis, le 29 novembre, on lui fait une autre injection, de 0 gr. 20. Comme la stomatite ne régresse pas on s'arrête et, le 29 décembre, on voit apparaître une ulcération de la lèvre inférieure. Envoyé par le Sanatorium de Feuilaz pour avis au dispensaire, le malade est examiné le 10 janvier 1933 par M le professeur agrégé Joulia, qui porte le diagnostic de lichen-plan de la face interne des joues, petites ulcérations de la lèvre infé-

rieure, saignant facilement, pouvant faire penser à une plaque muqueuse. Le 24 février 1933 le malade revient à la consultation l'ulcération a disparu. Le diagnostic de lichen-plan est confirmé par M. le professeur Petges. Le malade accuse des douleurs à la pression au niveau des parotides et des sous-maxillaires. L'orifice des glandes salivaires est rougeâtre au niveau de l'orifice parotidien droit, gros bourrelet blanchâtre que le malade mordille. Bouche en très mauvais état. Gingivite avant tout traitement.

Examen somatique et de laboratoire : Lésion tuberculeuse du type peu évolutif du sommet droit.

Foie : Déborde légèrement les côtes. Notion d'éthylisme antérieur.

Examen des urines : 13 octobre 1932. Couleur jaune, aspect : un peu trouble; sédiments : peu abondants; réaction : acide; densité à 15° : 1,024; urée : 18,2; phosphates : 2, 5; chlorures 14, 6 (par litre). Albumine, glucose, acétone : 0.

Le 24 février 1933 : urine normale.

Le 24 février 1933, *Examen du sang. Formule leucocytaire* : L. poly-neutro : 76 %; L. poly-cosino : 0,5 %; Lympho, : 94 %; Gds et moyens Mono : 14 %

Trois réactions de Wasserman faites ont été toutes trois négatives.

Le 14 mars 1933, aucun changement dans les lésions buccales.

Malade traité par gargarismes au borate de soude; 21 mars aucun changement.

Donc malade intéressant qui a présenté deux lésions différentes dues toutes deux à l'or. L'une à type de lichen-plan à évolution très lente survenue de très bonne heure; l'autre très douloureuse, survenue très tard, a guéri très rapidement. De plus ces lésions sont survenues chez un malade indocile prenant mal la médication soufrée et présentant une lésion assez grossière du foie pour qu'il soit inutile de rechercher chez lui un coefficient de Maillard.

Observation II

(Société de dermatologie et Séance du 12 novembre 1931.)

(Publiée par MM. Gougerot et Blum.)

Mme B..., âgée de 30 ans, atteinte du lupus érythémateux de la face en plaques disséminées, est traitée depuis le 10 mars 1931 par des injections de crisalbine, elle reçoit une injection de 10 cg. puis une injection hebdomadaire de 25 cg. Le 10 mai 1931, après la dixième injection, la malade accuse une sensation de sécheresse de la bouche, à l'examen, on constate au niveau des dernières molaires, un petit placard blanchâtre, ovalaire de 2 centimètres

de long sur 1 de large réticulé, nacré, analogue à une plaque de lichen-plan jugal. On cesse la crisalbine; la lésion disparaît en 25 jours.

La malade revint le 28 juillet avec une nouvelle poussée de lupus érythémateux qui s'était affaïssé avec le premier traitement la malade reçoit 3 injections de 10 cg. de crisalbine, 2 de 15 centigrammes, 2 de 20 centigrammes, 2 de 25 centigrammes (1 par semaine); le traitement fut bien supporté, à part quelques douleurs articulaires qui n'empêchent pas de continuer le traitement. Après la 8^e injection, le 18 septembre 1931, la malade accuse à nouveau une sensation de sécheresse de la bouche et l'on constate sur les 2 joues au niveau de l'interligne dentaire, une bande linéaire de 2 centimètres de haut, allant des grosses molaires aux commissures labiales, de coloration blanchâtre, réticulée, analogue à du lichen-plan jugal. On cesse la chrysothérapie : les lésions pâlisent progressivement, mais sont encore visibles le 10 novembre.

Observation III

(Publiée par MM. Gougerot et Blum.)

Mme F..., âgée de 33 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face depuis 1927, reçoit en octobre-décembre 1928, 5 injections de 10 et 25 centigrammes de crisalbine qui amenèrent la disparition des lésions. Une récurrence survint en mai 1930; on fait 7 injections de 25 centigrammes de crisalbine qui font régresser le lupus et sont parfaitement supportées. En mai 1931, une nouvelle récurrence se produit; on fait à nouveau 10 injections de 25 centigrammes de crisalbine dont l'efficacité paraît diminuée. Après la 10^e injection la malade accuse un goût spécial dans la bouche et signale l'existence d'une plaque blanche sur la joue droite; on constate en effet, un placard ovalaire de 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, blanchâtre, réticulé, analogue à une plaque de lichen-plan jugal. On cesse la chrysothérapie; la lésion pâlit et guérit en 1 mois.

Observation IV.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Caussimcn, médecin résident du Sanatorium de Feuillaz. Inédite.)

Mlle P..., 36 ans, signes d'infiltrations très discrets du sommet droit. Expectoration positive, pas de température. Etat général excellent, l'activité de la lésion ne semble pas telle qu'on doive

installer immédiatement un pneumothorax ; on décide de pratiquer un traitement par l'allochrysine Lumière. Urines négatives. Coefficient de Maillard : 0,07. La malade reçoit une piqûre tous les dix jours — 5 piqûres à 0,05, 5 à 0,10, 5 à 0,20 — à ce moment, dans les urines, rien. Le traitement semble nettement efficace. Les signes d'auscultation deviennent plus discrets. Au sommet droit à la radio, nettoyage évident. Mais la malade présente les troubles suivants : angine rouge légère ; muqueuse buccale rouge. La langue devient très douloureuse, au point que l'alimentation, peu à peu devient très difficile. La malade est très sensible aux épices. Les féculents déterminent des douleurs violentes. A l'examen la langue est rouge, semble légèrement tuméfiée, la muqueuse est fendillée, dans l'ensemble, la cavité buccale présente une teinte rouge accentuée, mais nulle part, on ne trouve d'ulcérations. Dans les jours qui suivent on assiste à une desquamation progressive de la muqueuse linguale qui rend l'alimentation presque impossible. Dès l'apparition des premiers accidents, le traitement a été interrompu. La malade est mise au repos et à la diète. On fait de la désinfection bucco-pharyngée avec des antiseptiques très doux et lavages de bouche. Pendant l'évolution des accidents, aucune température. Pas de ganglions. Les troubles précédents qui ont revêtu à un certain moment un caractère intense se sont peu à peu et spontanément amendés. La muqueuse linguale a repris son aspect normal. Les douleurs ont disparu. A noter que cette amélioration n'a été complète qu'après quatre mois.

La malade n'avait absorbé pendant sa série aurique aucun médicament arsenical. Denture excellente.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le Dr Caussimon,
médecin résident du sanatorium de Feuillaz. Inédite.)

Mlle E..., 19 ans, tuberculose évolutive, à gauche. Constipation habituelle, troubles digestifs, urines, rien. On institue un traitement par l'allochrysine Lumière. Après deux grammes de traitement, apparition d'une dysphagie intense. L'examen de la cavité buccale révèle une stomatite herpétiforme, nombreuses petites vésicules blanchâtres sur fond très rouge. Les gencives sont légèrement saignantes, langue rouge et desquamée par endroits, alimentation très douloureuse. Les petites vésicules s'ouvrent et laissent à leur place une petite ulcération. — Le traitement est interrompu. Lavages de bouche avec un antiseptique léger. — Les accidents s'amendent rapidement et disparaissent au bout de trois semaines. Denture excellente.

Observation VI

Gougerot et Blum (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* du 21 mars 1933.)

La malade n° 25.037, atteinte de lupus érythémateux a eu d'abord, après la dose faible totale de 0,90 de crisalbine, une stomatite aurique, toxique, érythémateuse, érosive et purpurique avec ébauche de lichen plan à la face interne de la joue droite, placard rouge foncé et œdème; à la face interne de la joue gauche placard rouge vif, œdémateux, avec capillaires dilatés et rompus d'où piqueté purpurique, puis le lichen plana rétrocéda rapidement, les lésions toxiques auriques continuant à la bouche, augmentant à la peau : prurit, érythème; — enfin, les lésions muqueuses toxiques disparaissent, les lésions cutanées de toxicodermie aurique desquament et peu à peu guérissent, mais le lichen buccal reste seul.

Observation VII

(Gougerot et Blum, *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* du 21 mars 1933.)

Publiciste, 33 ans, allochrysine. 10 piqûres de 0,15, 2 fois par semaine. Après deux semaines de repos, le 15 janvier 1929 reprend le traitement aurique. Le 20 février, le malade constate une éruption apparue à partir de la 15^e piqûre. L'éruption augmente et le 2 mars, éruption lichenoïde de la peau et lésions généralisées leukokératosiques ulcéreuses buccales. Sur les deux lèvres, squames épaisses et adhérentes avec fissures commissurales gênant l'ouverture de la bouche.

Dans la bouche, face interne des joues, face dorsale de la langue et lèvres inférieures sont recouvertes d'un enduit blanc bleuâtre uniforme non réticulé, très adhérent sur lequel apparaissent quelques érosions lenticulaires à fond jaunâtre et rouge. Sur cet enduit ressortent quelques papules en grains lenticulaires, par place lichenoïdes végétantes. Lésions très douloureuses, le malade ne peut pas mastiquer. Pas de symbiose fuso-spirillaire. Urines normales. Réaction B. W. négative.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

De même que nous croyons pouvoir distinguer deux pathogénies relatives à l'apparition de la stomatite aurique, de même nous croyons pouvoir distinguer deux formes cliniques distinctes de stomatite.

Nous ne sommes pas les seuls à penser ainsi et Gougerot et Burnier ont dans un article mis côte à côte le lichen-plan buccal et la stomatite nacréée-aurique. D'ailleurs, ces deux formes n'existent pas forcément isolées et notre malade est un type où l'on voit évoluer le lichen plan et la stomatite proprement dite.

A côté des formes très légères que nous pouvons apparenter au « choc buccal » décrit par Villaret et consistant en sensation « de goût métallique », « de mauvais goût », « d'agacement des dents », qui surviennent immédiatement après l'injection d'or, il existe des formes légères consistant en gingivite ou en phénomène analogue au précédent, mais de durée un peu plus prolongée. Ces deux formes à symptomatologie fruste ont une évolution fugace.

Mais il en est d'autres d'intérêt bien plus considérable.

I. SIGNES CLINIQUES.

A. Symptômes subjectifs.

1° *Début commun.* Le début peut survenir à n'importe quel moment du traitement ; il se fait insidieusement. Le

malade a une sensation d'agacement dans la bouche, de chaleur, les aliments commencent à être déglutis assez difficilement. La salivation est normale.

B. Symptômes objectifs.

Si on regarde la bouche à ce moment, on s'aperçoit que la muqueuse présente une teinte rougeâtre surtout accentuée au niveau des amygdales et de l'arrière-gorge. L'orifice des canaux salivaires tranche sur le reste de la muqueuse par une teinte plus foncée. Cette période de début dure trois ou quatre jours, puis la stomatite va évoluer suivant deux types :

2° Ou bien elle va prendre l'aspect d'un lichen plan buccal nettement caractérisé, ou bien va se constituer une stomatite type ou bien avec ulcération.

PREMIER TYPE. — A *Forme de lichen-plan* : On voit se dessiner sur la muqueuse buccale des traînées blanchâtres qui partent d'un point commun comme les tentacules d'une pieuvre. Ce point nodal peut être situé à n'importe quel endroit de la muqueuse jugale, mais le plus souvent au niveau de la commissure. Puis ces traînées, qui n'étaient d'abord que traînées, vont prendre forme ; elles se soulèvent du plan où elles se trouvaient incluses et viennent faire saillie dans la bouche. Cette saillie est très appréciable au toucher et on peut la mesurer ; nous avons vu chez notre malade que les plus grosses avaient environ un millimètre. En certains points, on peut voir des parties encore plus saillantes agaçant considérablement le malade qui ne cesse de les mordiller ; chose capitale, on n'y observe jamais d'ulcérations. Pourtant, Milian lui-même admet la possibilité d'ulcérations. Ces lésions ont tous les caractères du lichen plan. On les a prétendues un peu plus œdémateuses, un peu trop généralisées, pour être du lichen plan. On a cherché encore à tourner la difficulté en les baptisant lésions lichenoïdes. En réalité, pour nous, ce ne sont que des subtilités.

Cette lésion est bien du lichen plan, tout le confirme : la pathogénie qui l'explique très bien, la clinique puisque les cliniciens les plus avertis ne peuvent en faire le diagnostic s'ils n'ont pas la notion du traitement. Et enfin, nous ne sommes pas les seuls à penser ainsi, puisque, comme nous l'avons déjà dit, Gougerot et Burnier l'ont déjà individualisé en tant que lésion propre. On peut reprocher l'absence d'anatomie pathologique. Il est assez difficile de faire accepter aux malades une biopsie dont ils ne comprennent pas l'utilité. Le nôtre s'y est refusé. Toutefois, M. Pautrier a fait des examens anatomo-pathologiques de ces lésions et les a trouvées semblables au lichen-plan.

SECOND TYPE. — *Forme ulcéreuse* : Sur la muqueuse rougeâtre, on voit apparaître des placards blanchâtres faisant saillie. Ceci est un caractère de la stomatite aurique; elle est blanchâtre « comme si on avait bu du lait » (Wurtzen). Cependant, ces lésions n'ont pas l'intensité blanche du lichen-plan; elles sont « blanc tirant soit sur le gris, soit sur le jaune » (Fournier et Boltanski) ; elles sont adhérentes à la muqueuse et ne peuvent en être détachées.

Ces placards peuvent siéger à n'importe quel endroit : joues, langue, voile du palais, luette, amygdales, parties internes des lèvres. Puis sur ces placards on voit apparaître une ou plusieurs ulcérations à bords circulaires, à fond rosé, entourées d'un liseré inflammatoire légèrement surélevé. Elles n'entament pas profondément la muqueuse.

Ces ulcérations n'ont pas toujours cet aspect circulaire et particulièrement au niveau de la langue, elles prennent l'aspect fissuraire.

Puis ces lésions se recouvrent d'un placard grumeleux également blanchâtre et la cicatrisation se fait plus ou moins rapidement.

Pendant toute cette évolution, la douleur est très vive et le malade n'avale que très difficilement les aliments et

même sa salive dont, fait très important, la sécrétion n'est pas augmentée.

De cet ensemble, Mollard a dégagé les signes qui caractérisent la stomatite :

- 1° *Elle est diffuse ;*
- 2° *Elle est blanchâtre ;*
- 3° *Elle est douloureuse ;*
- 4° *Elle ne s'accompagne d'aucune exagération salivaire.*

Ce signe serait d'ailleurs inconstant, et Gougerot et Burrier affirment au contraire l'existence d'une forte salivation.

Comme signe accessoire, et celui-là non spécifique, on peut ajouter la douleur à la pression au niveau des parotides et des sous-maxillaires.

Enfin, comme signes négatifs, pas de ganglion, pas de température.

II. SIGNES DE LABORATOIRE.

- 1° *Acidité salivaire.*
- 2° *Urine. Présence très fréquente d'albumine.*
- 3° *Signes d'insuffisance hépatique.*
- 4° *Sang.*

Mollard a écrit : « L'éosinophilie est en quelque sorte le test des accidents d'intolérance, tout particulièrement cutanés et muqueux, qui tiennent en propre à l'or et indépendamment de l'état bacillaire du sujet. » Voici le tableau qu'il a dressé à ce sujet (v. p. suivante).

Capuani a noté aussi la présence d'une éosinophilie constante.

Forestier, lui, ne cite pas d'éosinophilie dans les accidents qu'il a observés au cours du traitement de polyarthrites chroniques. Il mentionne des variations leucocytaires autres que celle-ci.

Enfin Tremolières et André Tardieu, étudiant le rôle de la médication soufrée dans le traitement de l'anémie sim-

ple, ont noté des variations du taux des éosinophilies de leurs malades, variations survenues sans aucun accident.

Noms	Eosinophilie	Doses à l'apparition des accidents	Accidents	Diagnostic	Évolution ultérieure
14. Luc ..	7..	5.00	Aurides légères et stomatites	T. fibreuse non évolutive	Amélioration
21. Pér ..	5	1.00	stomatite	Pneumothorax Caverne centrolatérale	Amélioration
56. Kris ..	7.5	2.70	stomatite	T. fibreuse nodulaire torpide	Amélioration
19. Gian ..	6	0.05	stomatite d'emblée	Pneumothorax partiel	Traitement repris ultérieurement; amélioration légère.

Notre malade ne présente pas non plus de variations de son éosinophilie. Toutefois, les examens répétés de Mollard montrant la coïncidence de l'éosinophilie et des accidents donne un test qui peut servir au cas où on craint l'apparition d'accidents ; on peut craindre, d'après lui, la stomatite lorsque le taux des éosinophiles dépasserait 5 %.

III. FORMES CLINIQUES DE LA STOMATITE.

A. Suivant la localisation

1° *Forme linguale* avec tantôt des placards œdématisés ulcérés, tantôt de petites ulcérations profondes très douloureuses.

2° *Forme velo-palatine* en aile de papillon étendue en

nappe à toute la face antérieure du voile et à la voûte palatine osseuse.

Ce serait, d'après Fournier et Boltanski, une forme caractéristique de la stomatite aurique.

3° *Forme à localisations multiples.*

B. *Suivant l'aspect de la lésion.*

- 1° Forme qui nous a servi de prototype ;
- 2° Forme à type hydroa-buccal (Gâté) ;
- 3° Forme à type aphte (Rist, Rolland, Coucaud, Hirschberg, Triboulet) ;
- 4° Forme associée lichen plan ulcération ;
- 5° Forme associée à d'autres lésions ;
- 6° Forme récemment décrite à type purpurique.

C. *Suivant la gravité.*

- 1° *Forme très légère ;*
 - 2° *Forme légère ;*
 - 3° *Forme sérieuse (déjà décrites) ;*
 - 4° *Forme grave*, qui creuse en bloc gencives, amygdales, voile du palais, joues, langue. Les dents s'ébranlent et tombent ;
 - 5° *Forme très grave*, dont M. Maurice Peigné, d'Evreux, a signalé un cas où, après une injection de 10 centigrammes de thiosulfate d'or et de sodium, il vit apparaître une stomatite avec écoulement de pus.
-

CHAPITRE VI

EVOLUTION

Les différences rencontrées dans la pathogénie, la clinique, se retrouvent dans l'évolution et la terminaison.

La forme à type lichen plan a une évolution très longue, bénigne, n'aboutissant jamais à la suppuration, disparaît très lentement ; pour Milian, dans certains cas, elle pourrait s'ulcérer.

La deuxième forme guérit en général très rapidement, mais peut aboutir à la chute des dents et même à la nécrose.

II. *Diagnostic positif.*

Se fait à l'aide des symptômes décrits plus haut et grâce à la notion du traitement.

III. *Diagnostic différentiel.*

PREMIÈRE FORME. — Le seul diagnostic différentiel à faire serait celui du lichen plan ; or, ceci est inutile puisqu'il s'agit là l'un lichen plan vrai.

DEUXIÈME FORME. — Les lésions leuco-kératosiques pourraient faire croire à une syphilis. Les réactions de laboratoire et la notion du traitement tranchent le diagnostic.

Les ulcérations sont à différencier d'avec toutes les ulcérations buccales, en particulier chancre ou gomme, cancer, tuberculose, qui ont chacun des caractères cliniques bien définis.

Il faut enfin faire le diagnostic différentiel de la stomatite aurique d'avec les autres stomatites d'origine médicamenteuse. Nous avons, pour faire ce diagnostic différentiel, un élément capital : c'est tout d'abord la notion du traitement. En effet, c'est là-dessus que l'on se base pour faire le diagnostic à coup sûr ; car les lésions n'ont pas toujours une netteté clinique telle qu'elle entraîne automatiquement le diagnostic.

Toutefois, il y a des cas où on peut le faire. Tel, par exemple, dans le cas de stomatite :

1° *Mercurielle*, avec son pytalisme considérable, cette impression d'allongement des dents qui se déchaussent et tombent, fait capital que ne présente pas la stomatite aurique où les dents ne tombent on peut dire jamais ;

2° *Bismuthique*, caractéristique avec son liseré gingival gris bleuté, ses plaques tatouées bleu noirâtre tellement différentes des lésions auriques dont le caractère essentiel est d'être blanches comme si « on avait bu du lait » ;

3° *Saturnine*, dans laquelle Burton a décrit ce liseré qui apparaît au niveau du bord libre des gencives ; l'apparition de ce liseré permet d'éliminer à coup sûr la stomatite aurique où jamais on a observé de liseré.

Si, dans les cas précédents, un caractère nettement tranché permet de faire le diagnostic, dans les stomatites dues à l'emploi du cuivre, de l'argent, de l'arsenic, de l'antimoine, du phosphore, du bromure et l'iodure de potassium, le plus souvent aucun symptôme net ne vient étayer le diagnostic.

Car évidemment la nécrose du maxillaire, dans le cas d'intoxication phosphorée, ne permet pas de mettre en cause la médication aurique, de même que la présence d'un liseré gingival verdâtre dans le cas de lésion buccale due au cuivre.

Mais c'est surtout dans le cas de stomatite due à l'arsenic ou à l'antimoine que ce diagnostic peut être hésitant. En effet, on a un caractère commun, c'est la blancheur

des lésions. L'apparition d'un liseré noir, dans ce cas, emporte le diagnostic. Si ce dernier n'apparaît pas, on est obligé de se rabattre sur la notion du traitement. Car ni la morphologie des lésions, ni leur couleur également blanche, ne permettent de poser les bases d'un diagnostic certain.

IV. *Pronostic.*

De la lésion elle-même, bénin.

Par rapport à la maladie, légèrement inquiétant au cas de prolongation insolite des phénomènes douloureux, car ils gênent beaucoup l'alimentation si nécessaire aux malades. Ils accusent un fléchissement de poids pendant la durée de la stomatite.

Par rapport au traitement, les avis sont partagés. Les uns continuent le traitement en surveillant les lésions (Fournier, Augé et Batier). Mais la majorité l'arrête.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Avant tout traitement par l'or, procéder à un détartrage des dents du malade, à l'obturation des dents cariées, à l'extraction des racines. Nettoyer soigneusement les appareils de prothèse après chaque repas, les supprimer à la moindre irritation.

S'assurer de l'état des reins et du foie.

1° Traitement préventif.

A) Tâter la susceptibilité du malade en ne progressant que lentement dans les doses.

B) Faire absorber pendant tout le temps des piqûres et même après le traitement, à la dose d'une à deux cuillerées à café par jour, de Thiorine qui évite les accidents.

2° Traitement curatif.

I. Cesser le traitement.

II. Si une lésion apparaît :

A) En cas d'irritation ;

B) En cas d'ulcération ;

C) En cas de lichen plan.

A. Lavages de bouche alcalin avec :

Borate de soude	3 gr.
Benzoate de soude	1 gr.
Glycérine	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

Ou mieux lavages de bouche deux fois par jours avec une demi-cuillerée à café de la solution ci-dessous :

Borate de soude 30 gr.

Perborate de soude 70 gr.

dans un demi-verre d'eau bouillie tiède, et brossage des dents deux fois par jour avec une poudre dentifrice du type suivant :

Perborate de soude } 10 gr.
Savon médicinal pulvérisé }

Craie préparée 80 gr.

Essence de menthe XX gouttes.

B. Badigeonnage avec :

Novarsénobenzol 0 gr. 75

Bleu de méthylène 0 gr. 75

Glycérine 20 gr. »

Eau distillée 10 gr. »

C. Traitement du lichen-plan.

CONCLUSIONS

I. La stomatite aurique, aujourd'hui affection rare, deviendra plus fréquente au fur et à mesure que se généralisera l'emploi de l'or en thérapeutique.

II. Elle paraît bénigne en soi peut-être parce que les traitements auriques sont arrêtés avant qu'elle ait pu s'aggraver.

III. Son diagnostic est délicat, car il faut différencier la réaction spécifiquement aurique des réactions biotropiques buccales communes à bien des médications modernes par les arsénobenzènes, les bismuthiques qui provoquent des poussées de lichen-plan, dont l'autonomie clinique est cependant reconnue.

IV. Elle est curable, et ceci dépend de la deuxième proposition, à savoir, qu'elle est bénigne.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS

Vu bon à imprimer :
Le Président
G. PETGES

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, 3 novembre 1933
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux :
A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

AUTEURS FRANÇAIS

- Ucay (G.). — *Traité de la maladie vénérienne*, Amsterdam, 1699.
- Niel et Chrestien. — *Recherches et observations sur les effets des préparations d'or*, Toulouse, 1821.
- Sergent, Durand, Bordet et Courilsky. — « Traitement de la Tuberculose par la sanocrysine », *Revue de la Tuberculose*, 1926, 8 fév.
- Rist, Rolland, Coulaud, Hirschberg et Triboulet. — « Essai de traitement de la Tuberculose pulmonaire par l'aurothiosulfate de soude », *Revue de la Tuberculose*, 13 mars 1926.
- Bezanceon, Braun, Azaulay. — « Essai de traitement de la Tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or », *Revue de la Tuberculose*, 10 janvier 1926.
- Sayé. — « Communications sur la sanocrysine » (Barcelone), *Revue de la Tuberculose*, 12 juin 1926.
« Résultats obtenus dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire par la sanocrysine (Barcelone), *Revue de la Tuberculose*, 7 mars 1926.
- Bernard (Prof. Léon). — « Etude résumée d'une première série de cas de Tuberculose pulmonaire traités par le thiosulfate d'or et de sodium », *Presse Médicale*, 17 avril 1926.
- Gaté. — *Toxidermie de forme d'hydroa-buccal vraisemblablement consécutive à un traitement par la sanocrysine*.
- Fournier et Boltanski. — « Stomatites auriques », *Revue de stomatologie*, décembre 1926.
- Pastides. — *Traitement du lupus érythémateux par les sels d'or*, thèse de Paris, novembre 1927.
- Ismeïn (L.). — « Les sels d'or dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire », *Marseille Médical*, 15 avril 1928, n° 6.
- Colbert et Laussel. — « Notes thérapeutiques sur la Tuberculose pulmonaire (Les sels d'or) », *Gazette hebdomadaire des sciences Médicales*, 27 octobre 1929.
- Cordier et Gaillard. — « Accidents de l'aurothérapie », *Presse Médicale*, 2 mars 1929.
- Flarer et Fracchia. — « Le traitement du lupus érythémateux et du lupus vulgaire par les sels d'or », *Presse Médicale*, 29 mai 1929.

- Mollard (H.). — *Le traitement de la Tuberculose pulmonaire par les sels d'or*, thèse de Lyon, avril 1929.
- Leuret, Causson et Daydrein (P.). — « Le traitement de la Tuberculose pulmonaire par la sanocrysine de Mollgaard », *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 31 mars 1929.
- Forestier (Jacques). — « Le traitement des polyarthrites chroniques par les sels d'or », Séance du 14 février 1930, *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*.
- Tremolières et Tardieu (A.). — « Rôle de la médication soufrée (Thiosulfate) dans le traitement de l'anémie simple », *Bulletin de la Société Thérapeutique*, 8 janvier 1930.
- Peigné. — « Accidents graves dus à l'aurothérapie » (Evreux). *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 8 avril 1930.
- Lebœuf et Mollard. — « Les aurides muqueuses et cutanées », *Presse-Médicale*, 13 septembre 1930.
- « A propos de mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie », *Paris Médical*, 16 décembre 1930.
- Amat. — *Archives médicales et chirurgicales, de l'appareil respiratoire*, mars 1930.
- Soubirou. — « Sanocrysine et rhumatisme », *Gazette hebdomadaire des Sciences Méd. de Bordeaux*, 12 avril 1930.
- Colbert et Pigeon. — « La pratique de l'aurothérapie », *Gazette hebdomadaire des Sciences Méd. de Bordeaux*, 1930.
- Bacqué et Mollard. — « Remarques sur l'état de la bouche et des dents chez les tuberculeux », *Revue de la Tuberculose*, 10 mars 1931.
- Brodiez et Lefèvre. — « Les sels d'or dans la Tuberculose », *Revue de la Tuberculose*, 13 septembre 1931.
- Fréguet. — « Stomatite aurique (Cambo), *Courrier Médical*, 11 octobre 1931.
- Lebœuf et Mollard. — « Morphologie des aurides », *Annales de Derm. et de syphil.*, février 1931.
- Dumont, Lebœuf et Mollard. — « Problème du dosage de la chrysothérapie de la Tuberculose pulmonaire », *Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, février 1931.
- Colbert et Pigeon. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales* 15 avril 1931.
- Dumarest, Mollard et Pavic. — « Modifications de la formule sanguine au cours de la chrysothérapie », *Société de biologie de Lyon*, 20 juin 1931.
- Gougerot et Burnier. — « Revision de la stomatite naquée aurique », *Archives Derm. syph.*, 21 mars 1932.
- Batter et Boquillon. — « Accidents muqueux et cutanés graves consécutifs à la chrysothérapie », *Société française de Derm. et syphil.*, 10 novembre 1932.

- Augé et Batier.** — « Un cas de stomatite aurique », *Courrier Médical*, 10 janvier, 1932, n° 2.
- Ameuil et Hénault.** — « Accidents de l'aurothérapie dans la Tuberculose pulmonaire », *Paris Médical*, 9 janvier 1932.
- Pavie et Mollard.** — « Modification de la formule leucocytaire aux cours des accidents du traitement aurique », *Lyon Médical*, 16 octobre 1932.
- Pavie, Mollard et Lefèvre.** — « Etude des modifications sanguines aux cours de la chimiothérapie par les composés auriques », *Revue de la Tuberculose*, 10 octobre 1932.
- Sauvan et Vigne (Paul).** — « Stomatite et vulvite auriques », *Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, 20 janvier 1933.
- Asdery (Dr).** — « Les aurides biotropiques », *Paris Médical*, 21 janvier 1933.
- Gougerot et Blum.** — « Stomatite toxique, aurique, érythémateux, purpurique, ulcéreux », *Société de Derm. et de Syph.*, 9 février 1933.

AUTEURS ETRANGERS

- Paracelsi.** — *Operum, medico, chymicorum sive paradoxorum*, 1589.
- Keiding (E. et J.).** — « Methode zum Nachwess and zur Bestimmung Kleiner Goldem gen in or ganis cher substanz », *Acta Tuberculosa scandinavica*, 1925.
- Frandsen.** — « Unter suchrenge n über Goldoun cheidung bei mit sanacrysi n behandelten Patienten mit Lungen tuberculosa », *Acta Tuberculosa scandinavica*, 20 janvier 1925 (Copenhague).
- Hansborg (Harold).** — « Unter suchungen über zirkulation Ausscheidung und Ablagerund des Goldes bei sanocrysin behandlung », *Acta Tuberculosa scandinavica*, 2 mars 1925 (Copenhague).
- Le Blanc.** — *Über die Wrikung der sanocrysin's Wochenschr*, 19 février 1926.
- Mollygaard.** — « Ueber die bisherigen resultats der experimentell sanocrysin forschung », *Acta Tuberculosa scandinavica*, 1926 (Copenhague).
- Meli et Davas.** — « Beitrag sanacrysin behandlung bei Lungen-tuberkulose », *Schw. mediz. Wschrift*, n° 43, 1926.
- Oldenburg.** — « Klinische Erfahrungen mit Aurophos », *Zeitschr. f. tuberkulose*, 1926.
- Noguer et Moré (D. Y.).** — « Contribucion al estudio clinico y pathogenitico de los escantemos sanocrisinicos », *Ars Medica*, febrero 1926, ano II, nun. 8.
- Sayé.** — *Revista Medica de Barcelona*, avril 1926.
- Von Muralt.** — *Schweizerische Med. Woch*, 23 juillet 1927.
- Gallinal.** — « Untersuchungen mit der microhisto-chemischen, Gol-

- cheaktion on Organen sanocrysin behandlung Tuberkulosii », *Zeitschr. f. tuberk.*, 10 décembre 1927 (Montevideo).
- Amodeo. — « Stomatite aurica », *Stomatologia*, 13 sept. 1928.
- Sayago et Lastra. — « El tratamiento de la tuberculosis pulmonar par la sanocrisina », *Semena medica*, 1928, n° 22.
- Albertario. — *Revista di pathologia e clinica della tuberculosi*, 31 janvier 1929.
- Strandberg. — « Six year's experience of the treatment of lupus erythematosus with gold compounds », *Acta Medica Scandinavica*, 26 mai 1931.
- Knid Secher. — *Traitement de la Tuberculose par la sanocrysine* (Copenhague), Paris, Baillière, 1932.
-

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18, rue du Peugue, — 1933.
